

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

890

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Mention MÉDECINE)

PAR

David DVOIRIN

Né le 3 Janvier 1905 à Causani (Roumanie)

LE SYNDROME IMMÉDIAT

(Crise vaso-motrice post-prandriale)

Président: M. LABBÉ, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Mention MÉDECINE)

PAR

David DVOIRIN

Né le 3 Janvier 1905 à Causani (Roumanie)

LE SYNDROME IMMÉDIAT

(Crise vaso-motrice post-prandriale)

Président: M. LABBÉ, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

1935

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVANTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	PROUST
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie patholo- gique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Affection et reconnaissance éternelle.

A MES FRERES

A MA FEMME

En témoignage de ma profonde affection.

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS

et **A MES AMIS**

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur M. LABBE

Qui a bien voulu accepter la présidence de
notre thèse.

A MON MAITRE

M. le Docteur P.-A. CARRIE,

Médecin des Hôpitaux,

Qui nous a inspiré ce travail et a bien voulu
nous guider de ses précieux conseils.

En témoignage de ma gratitude et de mon
profond respect.

A M. Edouard PERRIES,

Interne des Hôpitaux de Paris

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAITRE

M. le Docteur DOUAY

Ancien Chef de Clinique Gynécologique de la Faculté

INTRODUCTION

Nous avons appris à connaître et nous avons étudié le syndrome clinique qui fait l'objet de ce travail dans le service de notre maître le Dr. P.-A. Carrié (1).

Les symptômes, dont le groupement constitue ce syndrome, sont essentiellement :

- 1° La sensation douloureuse de distention épigastrique ;
- 2° La rougeur brusque et passagère de la face ;
- 3° La somnolence ;
- 4° L'éréthisme cardio-vasculaire ;
- 5° L'oppression thoracique.

C'est la vérité ; ces symptômes sont bien connus en pathologie digestive, et on les trouve signalés et décrits dans les états le plus divers, dyspepsie hyposthénique ou sensitivo-motrice, ptose gastrique, aérophagie, solarite, congestion hépatique, cholecystites chroniques, insuffisance hépatique, etc.

Mais ils n'y sont décrits que d'une façon isolée, à côté

(1) Dr. P.-A. Carrié. Le syndrome immédiat ; crise vaso-motrice post-prandiale.

Revue de Médecine, avril 1935, p. 193.

de symptômes dont la signification est en réalité, très différente et sans que le lien qui les unit soit mis en valeur.

En effet, ces symptômes, malgré leur aspect disparate, doivent être groupés. En clinique ils évoluent simultanément, ils apparaissent au même moment de la période digestive, dès le début de celle-ci.

C'est pourquoi ce syndrome, par opposition au syndrome précoce et au syndrome tardif, est dit : **Syndrome immédiat.**

D'autre part, ils relèvent d'une même étiologie, ou plus exactement d'un même mécanisme physiopathologique.

D'apparition brusque et de terminaison brusque, ces symptômes apparaissent, pour la plupart d'entre eux, comme relevant d'une perturbation vaso-motrice : il s'agit d'une crise vaso-motrice *post-prandiale*.

Cette crise apparaît comme le résultat d'un trouble soudain dans le tonus neuro-végétatif, c'est-à-dire qu'elle s'apparente avec les phénomènes dits de choc, et comme dans certains cas, l'influence déclanchante d'un aliment déterminé est manifeste, on peut parfois envisager un mécanisme qui fait penser à l'anaphylaxie.

Ainsi le syndrome n'est pas seulement un syndrome clinique, c'est encore un syndrome physiopathologique et pathogénique.

Enfin, des moyens thérapeutiques simples agissent simultanément sur chacun des éléments de ce syndrome, action commune qui confirme le lien qui les unit.

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION CLINIQUE

I. *Symptômes.*

Les symptômes sont d'ordre :

I. Gastrique. — Sensation de distension.

II. Extragastrique. — Rougeur de la face ;
Somnolence ;
Eréthisme cardio-vasculaire ;
Oppression thoracique.

« *Les symptômes d'ordre gastrique* consistent essentiellement dans l'impression objective de ballonnement ou distension de l'estomac.

C'est une impression douloureuse, le moindre contact au niveau de la région épigastrique est pénible, parfois même insupportable ; ce sont ces malades qui, dès que le repas est terminé, ou pendant le cours même du repas éprouvent le besoin de se desserrer, déboutonner leur gilet ou leur ceinture, si ce sont des hommes, dégrafant ou délassant leur corset, si ce sont des femmes, ou bien, s'ils

ne peuvent se soulager de cette façon, ils adoptent une attitude de défense pour diminuer la compression épigastrique, le buste très droit et les reins cambrés.

On comprend que l'on soit tenté, en présence de ce symptôme, d'incriminer une aérogastrie excessive. Or, si l'on examine le malade à ce moment, on constate que le gonflement, la distension dont il parle ne répond guère qu'à une interprétation subjective. Il y a sans doute une certaine tension épigastrique, mais nullement en rapport avec l'impression du malade. En mesurant au centimètre la ceinture, on ne constate point un ballonnement tel qu'il justifierait le besoin impérieux de se desserrer.

Au surplus, on ne constate d'aucune façon, par exemple, à l'examen radiologique d'aérophagie excessive.

En fait, il semble qu'il s'agisse surtout d'une brusque hypéresthésie épigastrique, probablement solaire.

Ce symptôme, comme les suivants, persiste un quart d'heure à une heure au plus. »

Les symptômes d'ordre extragastrique :

« a) La rougeur de la face, parfois dite érythrose post-prandiale, apparaît au même moment, dans le cours ou à la fin du repas.

Elle reste parfois localisée, intéressant seulement les oreilles, parfois le nez seul, plus souvent elle est diffuse, dominant aux pommettes, gagnant le front, couvrant même tout le crâne quand il s'agit d'un chauve. Cette rougeur faciale est indépendante de la chaleur ambiante et très différente de celle qui peut survenir dans une salle à

manger trop chaude ; elle se produit aussi bien dans une pièce froide ou en plein air. Elle s'accompagne souvent d'une sensation désagréable de chaleur superficielle, mordicante, irritante. Dans certains cas, elle se manifeste sous forme de plaques rouges, marbrant le visage, parfois même légèrement surélevées et un peu prurigineuse, s'apparentant alors nettement avec l'urticaire. Cette rougeur de la face est un symptôme incommode, que craignent les jeunes femmes et qu'elles appréhendent vivement au cours des repas de réception.

b) *La somnolence post prandiale*, se manifeste avec une intensité variable. Dans le cas légers, ce n'est qu'une sorte de torpeur, une asthénie physique et intellectuelle, une impression de lassitude, qui font craindre ou empêchent tout effort et tout travail. Si le sujet s'y abandonne, il se plaît à s'immobiliser, fuit toute conversation, reste silencieux, au contraire, s'il veut lutter contre cette torpeur, il marche, sort et prend l'air.

Parfois c'est une véritable somnolence ; si le malade s'allonge ou simplement s'assied sur un siège confortable, la tendance au sommeil devient invincible. Il s'endort d'un sommeil qui est loin d'ailleurs d'être toujours réparateur et dont il s'éveille souvent brisé et fatigué à l'extrême. Ce sommeil est, en général, court, n'excédant pas un quart d'heure à une demi-heure. Chez certains malades, c'est une véritable crise de narcolepsie, à laquelle ils sont incapables de résister. Il y a des circonstances dans lesquelles cette somnolence peut avoir des conséquences graves, c'est dans le cas où elle atteint un conducteur d'automobile qui

se met au volant dès le repas terminé, et de nombreux accidents lui sont imputables.

c) *L'éréthisme cardio-vasculaire*, se manifeste par des symptômes cardiaques, aortiques et parfois artériels. Au niveau du cœur, c'est l'impression subjective de palpitations, c'est-à-dire que le malade perçoit les battements cardiaques sous une forme pénible. Il y a parfois, mais non toujours, un peu de tachycardie et exceptionnellement, des extra-systoles. Chez les sujets nerveux et émotifs, plus particulièrement chez les femmes, ces troubles cardiaques prennent parfois un caractère dominant et déclenchent des manifestations névropathiques ou un syndrome d'angoisse. On est tenté de parler de fausse angine de poitrine. Là encore on invoque volontiers une aérogastrie, d'ailleurs inexistante.

L'éréthisme aortique s'extériorise au niveau du creux épigastrique où les battements de l'aorte abdominale sont sensibles à la palpation et même à la vue, et sont souvent ressentis d'une façon douloureuse par le malade. L'éréthisme vasculaire dépasse parfois l'aorte et le malade sent les battements artériels dans le cou, dans les oreilles, dans les tempes, parfois même dans les mains, jusqu'à l'extrémité des doigts.

d) *L'oppression thoracique* est un symptôme moins bruyant, il n'attire pas d'une façon aussi vive que les précédents l'attention du malade, et c'est seulement un interrogatoire bien dirigé qui le met en valeur et le précise. Il s'agit de l'impression un peu pénible, mais non angoissante, d'une expansion inspiratoire insuffisante ; il semble au malade qu'il n'inspire pas assez d'air et il éprouve de

temps en temps le besoin d'inspirer profondément ; lorsqu'on l'observe, on le voit par instants faire une grande inspiration, souvent suivie d'un soupir, et le malade décrit parfois le trouble en disant qu'il a besoin de soupirer. Dans l'intervalle de ces grandes inspirations, il conserve une impression de légère oppression respiratoire. Ce symptôme fait penser à la « dyspnée toxi-alimentaire post prandiale » dont parlait autrefois Huchard. »

II. EVOLUTION DE LA CRISE

1) *Moment de l'apparition*

Ces symptômes se manifestent, en effet, dès que le repas est terminé, souvent pendant le cours même du repas, dans le cas surtout où celui-ci est un peu prolongé.

« Ils suivent donc très près l'ingestion même des aliments.

Leur apparition est ainsi beaucoup plus hâtive que celle du syndrome décrit sous le nom de syndrome précoce, que l'on observe dans certains ulcères hauts, situés sur la petite courbure, et qui se réalise au moins une heure après la fin du repas. »

2) *Durée*

La durée de ces troubles, en général, est brève, 20 à 30 minutes, au plus une heure.

Comme son apparition, sa régression est assez soudaine.

Le malade se réveille, a repris son teint frais, reboutonne le gilet qu'il a ouvert et retourne à son travail, tout en pouvant conserver, néanmoins, une certaine lassitude physique.

Telle est la forme complète qui groupe tous les éléments du syndrome, et qui est loin d'être rare.

3) *Modalité de crise*

a) Suivant le nombre des symptômes.

b) Suivant les repas.

a) Souvent on ne constate l'existence que de quelques-uns de ces signes, ou même que d'un seul d'entre eux. Dans bien des cas, c'est seulement un interrogatoire serré qui met en valeur des signes que le malade n'avait pas signalé de lui-même. La distension épigastrique semble le signe le plus fréquemment observé.

b) On pourrait opposer un syndrome du déjeuner caractérisé surtout par de la *somnolence*, à un syndrome du dîner où dominant l'*érythrose* et l'*oppression*, mais cette opposition est loin d'être constante.

Le syndrome n'apparaît pas nécessairement après tous les repas, chez les uns il n'apparaît qu'après le déjeuner chez d'autres il n'apparaît qu'après le dîner.

Les troubles peuvent ne se voir qu'après les repas trop copieux, ou après l'ingestion de certains aliments déterminés. Nous discuterons ce caractère spécifique au chapitre de la pathogénie.

4) *Evolution générale*

L'évolution générale de ces troubles est assez capricieuse. En général, ils se répètent plusieurs jours, plusieurs semaines de suite, puis disparaissent pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, pour réapparaître ultérieurement, sans que des conditions précises paraissent être à l'origine de cette apparition ou de cette disparition.

CHAPITRE II

CONDITIONS ETIOLOGIQUES

I

Tout d'abord deux cas différents peuvent être distingués, suivant qu'il existe ou non en même temps que le syndrome immédiat d'autres troubles digestifs.

1° Pas de signes digestifs concomittants ;

2° Signes digestifs concomittants.

1° *Le syndrome immédiat constitue le seul trouble morbide observé*, on ne trouve alors aucun signe clinique ou radiologique permettant de penser à une affection de l'estomac, de l'intestin ou du système hépato-vésiculaire.

2° Le syndrome immédiat peut accompagner presque tous les syndromes digestifs communs. C'est ainsi qu'il peut se voir chez un malade porteur d'un ulcus gastro-duodénal ; on se trouve alors simultanément en présence de deux syndromes : un syndrome immédiat et le syndrome tardif de l'ulcus.

En fait, ces deux syndromes évoluent indépendamment l'un de l'autre, en ce sens que le syndrome immédiat peut aussi bien s'observer dans les périodes où existe un syndrome tardif, que dans les périodes où celui-ci s'atténue ou disparaît : autrement dit le syndrome immédiat ne suit pas l'évolution périodique, qui caractérise l'ulcus.

Le syndrome immédiat peut également s'observer dans les ptoses gastriques, les gastrites, les dyspepsies hyposthémiques. Mais dans ce cas, il peut être plus difficile de faire la différentiation entre les symptômes, souvent vagues, de ces affections et ceux du syndrome immédiat.

Les colites, l'appendicite chronique et surtout la constipation, s'accompagne souvent d'un syndrome immédiat.

La constipation présente alors une influence très nette dans son évolution, en ce sens qu'il apparaît ou s'accroît, dès que la constipation s'accroît, ou qu'il cesse avec elle.

C'est ainsi qu'on peut observer au cours de l'évolution d'une cholécystite chronique, le syndrome immédiat accompagner souvent les états hépato-vésiculaires, lithiasique ou non, et dans ces états complexes encombrés de malaises, mal précisés, qu'on tend à attribuer à une insuffisance hépatique discrète. On l'observe chez les gros mangeurs avec poussées de congestion hépatique.

II

D'autre part, il y a lieu d'analyser, dans la production du syndrome immédiat, le rôle de l'alimentation et le rôle de l'état nerveux du malade.

1° Rôle de l'alimentation ;

2° Rôle de l'état nerveux.

1" Influence de l'alimentation

L'influence du régime alimentaire est souvent très nette. Elle l'est au point de vue quantitatif, en ce sens que chez certains sujets les crises ne surviennent que lors d'un repas copieux, plus abondant que de coutume.

Elle l'est souvent aussi au point de vue qualitatif ; les crises ne surviennent alors qu'après ingestion de certains aliments, parmi les aliments le plus susceptibles de déclencher la crise, nous citerons avant tout les fritures (poissons, pomme de terre, beignets), voir Obs. 9. Les graisses cuites, et d'une façon générale tous les aliments gras.

Peut être les graisses d'origine animale sont-elles plus nocives que les graisses d'origine végétale : les fritures à l'huile sont parfois mieux tolérées. Les sauces ont aussi une influence défavorable.

Les aliments dits excitants ont souvent le même rôle nocif, ce sont, d'une part, les condiments (épices, poivre, moutarde), et, d'autre part, le vin pur et aussi le café.

Souvent le malade a tendance à user et abuser du café pour lutter contre la somnolence, mais il ne fait qu'exagérer celle-ci, alors que la suppression la fait disparaître (voir Obs. 10).

Les aliments les plus inattendus peuvent jouer un rôle et c'est ainsi que nous avons observé un malade qui présentait un érythème facial après ingestion d'oranges.

Cette influence alimentaire très nette dans certains cas n'est nullement constante.

Dans bien des cas, on ne retrouve aucun aliment précis à l'origine, qui surviennent après n'importe quel repas, quel que soit sa composition.

D'autre part, lorsqu'il y a une influence alimentaire nette, elle n'est nullement comparable, par exemple, à celle qui existe à l'origine de certains urticaires. Cette influence, dans le syndrome immédiat n'est ni exclusive, ni spécifique, en ce sens que l'aliment incriminé ne suffit pas à provoquer l'apparition de la crise post-prandiale : il en exagère simplement l'intensité, la crise se produirait sans lui, mais atténuée. Il exagère simplement un état qui existerait sans lui.

2° Influence de l'état nerveux.

Le syndrome immédiat s'observe le plus souvent chez des sujets aux réactions nerveux vives. Ces malades, hommes ou femmes, sont des émotifs, qui présentent des réactions vaso-motrices importantes ; de la tachycardie, de l'angoisse, des troubles somatiques pénibles pour les motifs émotionnels les plus faciles. Ils insistent eux-mêmes sur leur nervosité ; ils sont irritables, impatients, et, surtout s'il s'agit de femmes, éprouvent des besoins injustifiés de pleurer. Il y a une relation souvent nette entre cet état de nervosité générale et le syndrome immédiat, en ce sens qu'ils augmentent ou diminuent simultanément.

CHAPITRE III

PHYSIOPATHOLOGIE

Comment doit-on interpréter, du point de vue physiopathologique, ce syndrome immédiat, cette crise post-prandiale.

Cette crise est essentiellement une crise vaso-motrice, et, comme telle, peut être considérée comme le résultat d'une brusque perturbation dans le domaine du système neuro-végétatif, ou plus exactement du système sympathique. L'érythrose faciale souligne le caractère vaso-moteur de la réaction, et l'éréthisme cardio-vasculaire correspond incontestablement à un trouble de même ordre dans l'innervation sympathique. La narcolepsie peut également être envisagée comme étant le résultat d'une modification brusque dans le régime circulatoire de certaines zones de l'encéphale. Enfin, l'impression subjective de distension gastrique, impression qui, nous l'avons vu, ne correspond pas à un ballonnement réel et important de l'estomac, et qui, par contre, s'accompagne d'une hyperesthésie vive épigastrique, paraît bien être d'origine solaire.

Du point de vue du système sympathique, cette crise

neuro-végétative se présente comme une crise d'excitation.

Pour expliquer la production de cette crise neuro-végétative, plusieurs hypothèses peuvent être formulées.

Suivant l'hypothèse la plus simple, la crise se déclencherait chez les sujets sous l'influence de l'acte digestif, parce que ces sujets, d'une façon constitutionnelle ou acquise, présente une hyperexcitabilité du système neuro-végétatif.

Nous avons vu que ces sujets présentent le plus souvent un incontestable terrain « nerveux » ils ont des réactions excessives, par exemple, aux influences émotives, leur hyperexcitabilité nerveuse est d'ailleurs autant générale que végétative, car il y a des liens étroits qui solidarisent les deux systèmes.

Or, la digestion pour se réaliser, met normalement en branle, l'activité du système neuro-végétatif : c'est là une réaction normale et nécessaire.

Chez ces sujets, la réponse neuro-végétative qui suit l'ingestion des aliments, serait excessive et désordonnée, la mise en activité du système sympathique dépasserait la zone où elle se cantonne d'habitude pour un acte digestif normal et provoquerait des réactions vaso-motrices à distance. On comprend ainsi le caractère « immédiat » de la crise, qui apparaît dès que l'ingestion des aliments sollicite le système neuro-végétatif, l'influence exercée par les aliments dits excitants du système nerveux, et inversement l'efficacité de sédatifs nerveux dans le traitement de ces troubles. Enfin, on peut envisager que les états digestifs, gastriques, intestinaux, vésiculaires, hépatiques, qui coïncident parfois avec le symptôme immédiat, sont dans une

certaine mesure à l'origine de cette hyperexcitabilité du système neuro-végétatif.

Suivant une autre hypothèse, cette crise vaso-motrice serait l'expression d'un phénomène de choc. Dans tous les phénomènes de choc, en effet, on observe la soudaineté de l'accident, et l'importance des réactions vaso-motrices, et on invoque une brusque perturbation neuro-végétative.

« Dans leur mémoire sur l'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'insuffisance hépatique, F. Widal, P. Abrami et N. Iancovesco (1) rapportent l'observation de deux malades qui présentaient certains des symptômes que nous étudions, l'un de la somnolence post-prandiale et de l'érythrose faciale, l'autre de la somnolence avec torpeur ; chez ces malades, l'épreuve de l'hémoclasie digestive, positive, témoigne d'une insuffisance protéopexique du foie, d'où la conclusion que ces symptômes sont l'expression d'un choc peptonique rendu possible par cette insuffisance ; au surplus, ces troubles disparaissent sous l'influence de la peptonothérapie.

Pasteur Vallery-Radot et Fatou (2), dans quatre cas analogues où domine l'érythrose faciale, admettent la même interprétation et confirment l'action thérapeutique de la peptonothérapie. »

Ainsi s'expliquerait le rôle prédominant que joue

(1) F. Widal, P. Abrami et N. Iancovesco, L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique, Pr. Méd. 11 déc. 1920.

(2) Pasteur Vallery-Radot et Fatou, La peptonothérapie dans l'érythrose post-prandiale, Bull. Méd., 1922, numéro 4.

parfois dans l'éclosion de la crise, l'ingestion de certains aliments qui seraient les générateurs du choc. Mais dans cette éventualité, il y a lieu de remarquer que les protéines ne seraient pas seuls en cause, ainsi qu'en témoigne la nature très variable des aliments susceptibles de déclancher la crise.

On peut même se demander si, dans certains cas, le choc ne serait pas un choc anaphylactique. Les manifestations du syndrome immédiat s'apparenteraient ainsi avec l'urticaire anaphylactique. Il n'est d'ailleurs pas exceptionnel qu'on observe les deux types de manifestation : syndrome immédiat et urticaire chez le même individu.

Il y aurait sensibilisation à certains aliments dont l'ingestion provoquerait un choc immédiat s'exprimant par la crise vaso-motrice. Ainsi s'interpréteraient les cas où on observe une intolérance manifeste vis-à-vis de certains aliments, comme les fritures, et le succès de la peptonothérapie.

Dans cette hypothèse qu'il s'agit de phénomènes de choc, doit intervenir la question d'une insuffisance hépatique concomittante. C'était la pensée de Widal et de ces élèves quand ils ont décrit l'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'insuffisance protéopéxique du foie. C'est parce que le foie est insuffisant que les protéines, génératrices du choc, passent dans la circulation générale. Or, il n'est pas douteux que les malades qui présentent un syndrome immédiat sont souvent suspects du point de vue de leur foie ; ce sont des hépatiques congestifs, des vésiculaires, des colitiques, des constipés.

Nous pensons qu'il ne faut voir là que des hypothèses,

et qu'il est prudent de ne pas conclure. Nous dirons simplement que, dans le fait qui nous occupe, il s'agit d'une crise vaso-motrice post-pseudiale, et qu'elle est, parfois mais non constamment, favorisée par l'ingestion de certains aliments et par certaines modalités d'insuffisance hépatique.

CHAPITRE IV

THERAPEUTIQUE

Deux thérapeutiques :

- 1° Traitement anti-choc-peptonothérapie ;
- 2° Traitement sédatif (vis-à-vis du s. nerv. végétatif).

2° La protéinothérapie, c'est-à-dire l'ingestion de peptones diverses, trois quarts d'heure à une heure avant le repas, a souvent des effets satisfaisants. A la vérité, il ne semble pas qu'il s'agisse là d'une action nettement spécifique, où interviendrait la nature de la peptone ingérée.

Plusieurs de nos malades femmes ont remarqué que lorsque, l'après-midi, elles prenaient un goûter très tardif, c'est-à-dire une heure ou deux heures au plus avant le dîner, celui-ci n'était pas suivi des réactions vaso-motrices habituelles, et le fait a été contrôlé en conseillant ce goûter tardif à d'autres malades.

Or, bien souvent, peu importe la composition du goûter pour obtenir ce résultat favorable, il suffit qu'il y ait ingestion d'un aliment, de quelque nature qu'il soit, et

c'est ainsi que l'ingestion d'une tasse de thé sucré peut empêcher l'éclosion de la crise que déclenchent habituellement les fritures. Il semble donc bien que les effets favorables obtenus par une ingestion préalable soit d'aliments, soit de peptones, soient en rapport avec un mécanisme d'action qui ne serait pas celui qu'on accorde habituellement à la peptonothérapie.

2° La médication sédative a, dans la très grande majorité de cas, une action remarquable et très rapide. Elle consiste à donner simultanément au début de chaque repas du *bromure de sodium* à faible dose (0,30 à 0,50 cg.) et de l'ésérine.

Du point de vue de l'hyperexcitabilité sympathique, l'ésérine seule a des effets beaucoup moins satisfaisants. On doit donc associer les deux médicaments, soit qu'ils renforcent mutuellement leur action, soit que l'on additionne d'une façon heureuse, deux actions différentes. D'ailleurs, le bromure paraît être un des meilleurs et des plus sûrs sédatifs neuro-végétatifs.

En général, dès le premier jour, les résultats sont manifestes. L'action est nette sur chacun des symptômes que nous avons décrits : érythrose faciale, somnolence, distension gastrique, érétisme cardio-vasculaire disparaissent en même temps.

Une cure de dix jours est habituellement suffisante pour faire disparaître les troubles pour plusieurs mois, voire même parfois d'une façon définitive.

D'autres sédatifs nerveux peuvent donner des résultats favorables. Il en est ainsi de l'association d'extrait de valériane avec un barbiturique à petites doses. Par contre,

l'action des préparations à base de crataegus est le plus souvent nulle. La belladone a des effets nettement défavorables, elle augmente souvent les troubles, et ceci se conçoit, en raison de l'action inverse de la belladone, par rapport à l'ésérine, dont l'action est, au contraire, très favorable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. Ch. Bon..., 36 ans, menuisier, janvier 1932. Présente depuis 1927 des crises douloureuses se prolongeant quatre à six semaines et se répétant deux ou trois fois par an : douleurs tardive à type brûlures et faim douloureuse, parfois manifestante, calmées par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins. Actuellement, fait, dit-il, avorter ses crises, en se mettant, dès leurs apparitions, au lit et au lait.

Hématémèse grave en 1928. A l'examen radiologique, petite niche en éperon de la petite courbure à 3 à 4 cm. du pylore, niche retrouvée au cours d'un second examen, six mois après le premier. Se refuse à toute intervention chirurgicale. D'autre part, présente, d'une façon intermittente, et sans aucun lien avec des crises précédentes, des symptômes qui sont ceux, dit-il, de son « autre maladie », ballonnement épigastrique dès le début des repas, s'accompagnant d'une rougeur strictement localisée au nez et aux oreilles, et une demi-heure environ après le repas, sensation de fatigue extrême d'« aboutissement » avec discret envie de dormir. Ces derniers symptômes cèdent après quelques jours de traitement par bromure-ésérine, mais il remarque

qu'il lui suffit de prendre de la teinture de belladone, qui lui a été conseillée pour ses douleurs, tardives, pour que le syndrome immédiat réapparaisse.

OBSERVATION II

M. X. Dov..., 23 ans, employé de bureau — 1934. Jeune homme émotif, a l'aspect inquiet, pâissant et rougissant tour à tour, aux doigts tremblants, parlant par saccades. A toujours été très nerveux, mais estime que sa nervosité s'est très accrue depuis dix-huit mois, sans raison apparente. Attribue cette nervosité à des troubles digestifs. L'ingestion de tout repas est suivie d'un malaise, dont la cuisine l'obsède : sensation d'angoisse cardiaque, de palpitations, de manque d'air, et en même temps éréthisme vasculaire étendue, il sent battre ses artères dans le cou, dans les poignets, dans l'estomac ; parfois, mais non toujours ballonnement épigastrique très douloureux, qui l'oblige à déboutonner son gilet et le haut de son pantalon, ou somnolence avec torpeur et impossibilité de travailler. Pas d'hypertrophie thyroïdienne ; métabolisme basal + 8 %. Examen radiologique : estomac tonique, non déformé et duodénum normal ; ni aérogastrie ni aérocolie anormales. Le malade est transformé en quelques jours par le traitement bromuré (2 gr. par 24 heures) ésérine. Ultérieurement, il reprend le traitement deux jours par mois, ou dès qu'il sent que les troubles tendent à réapparaître. Huit mois après le début du traitement, la sédation persiste.

OBSERVATION III

Mlle J. Cal..., 26 ans, — 1933. Se plaint d'éprouver depuis un an environ des malaises, apparaissant aussitôt après le repas, et constitués par de la somnolence, une sensation de chaleur à la tête, avec rougeur localisée aux oreilles et des palpitations, et des battements violents aux creux de l'estomac. Etudiante, elle est gênée par ces troubles, qui l'empêchent de se mettre au travail après les repas, car elle présente alors une torpeur qui l'empêche de faire tout effort intellectuel, le soir elle s'endort sur ses livres, souvent, découragée, elle se couche, mais alors qu'elle s'endormait sur sa table de travail, elle ne peut s'endormir dans son lit, et si alors elle se relève, elle peut travailler sans la moindre somnolence, jusqu'à une heure avancée de la nuit.

Pour lutter contre cette torpeur, elle a souvent essayé de prendre du café ; mais le café n'empêche nullement cette somnolence, même si elle en prend deux et trois tasses, mais, par contre, la tient éveillée le reste de la nuit. Si elle se couche aussitôt après son dîner, sans aucun délai, elle s'endort d'un sommeil profond, mais souvent se réveille une ou deux heures après et ne retrouve plus de sommeil, surtout si elle a pris du café. Si elle cède au sommeil après le repas, le réveil est très pénible, céphalée, bouche sèche, malaise générale, qui persiste toute la journée. Elle est très nerveuse.

L'examen radiologique : Estomac atone, ptosé sans aérogastrie anormale.

Mise au traitement. Bromure-ésérine, elle est améliorée,

mais doit le reprendre tous les mois, une dizaine de jours. Le traitement valériane-barbiturique donne la même sédation.

OBSERVATION IV

Mlle I. Tar..., 19 ans, — 1934. Depuis un an environ à présenté, au cours de trois périodes de 15 à 20 jours, des malaises constitués essentiellement par une brusque impression de ballonnement gastrique aussitôt après les repas, avec somnolence. Elle présente, en outre, des pesanteurs tardives, lui donnant l'impression que son estomac ne se vide pas, que ses digestions ne se termine pas. Elle est très constipée, et ne va à la selle qu'en prenant des laxatifs ou des lavements. Tous ces troubles sont apparus dans le mois qui a suivi l'évolution d'une jaunisse, ayant présenté tous le caractère de l'ictère catarrhale (phase préictérique d'anoréxie et d'épigastralgie, jaunisse ayant duré une semaine, apyrexie). Avant cet ictère, elle n'avait jamais eu le moindre trouble digestif.

Régime d'exclusion : huile de paraffine, solution alcaline alternant avec une thérapeutique bromure-ésérine. Sédation rapide et persistante des malaises, mais on conseille de suivre plusieurs mois le traitement.

OBSERVATION V

Mme S. Men..., 34 ans, — 1934. Consulté pour une constipation opiniâtre, qui date de plusieurs années. Cette cons-

tipation est intermittente. Elle apparaît sans raison apparente, persiste plusieurs semaines ou plusieurs mois, puis disparaît soudain, sans raison plus nette. Quelques épisodes diarrhéiques, très brefs. Pas de douleurs abdominales. Un examen radiologique (lavement opaque), à montré un dolichosigmoïde de grandeur moyenne. La malade lutte contre la constipation au moyen de laxatifs variés ; elle s'est longtemps accommodée de cette constipation, mais depuis un an environ, chaque recrudescence de la constipation est accompagnée de malaises qu'elle déclare très pénible ; rougeur de la face, somnolence et torpeur, distension de tout l'étage supérieur de l'abdomen, malaise qui suivent immédiatement tous les repas, d'autant plus marqués que le repas est plus copieux. L'ingestion de vin, même en petite quantité, augmente ces malaises d'une façon intolérable.

Régime d'exclusion, riche en résidus celluloïques : mucilage et huile de paraffine.

Amélioration considérable. Le traitement bromure ésérine, complète la question, qu'ultérieurement le traitement de la constipation suffit à maintenir.

OBSERVATION VI

Mme S. Der..., 42 ans, se plaint d'une rougeur intense de la face, qui apparaît au cours des repas, parfois, de leur début, après les premières cuillerées de potage. Le repas est suivi d'une légère torpeur.

Mme S. D., très mondaine et très coquette, a renoncé à

dîner en ville, car elle est obsédée par cette crainte de rougir, qui, dit-elle, la défigure. Elle n'a pas noté que tel ou tel aliment augmente cette rougeur, mais il lui semble que la crainte de rougir, dans le cas par exemple d'un dîner de réception, suffit à la faire rougir davantage.

Cependant, elle a remarqué un jour qu'ayant lunché, lunch où elle avait senti son visage rougir, le dîner qui suivit n'avait été accompagné d'aucun malaise. Il lui est conseillé de goûter tard, une heure au plus avant le dîner, et ayant adopté cette méthode, qui lui réussit, elle se refuse à tout autre traitement.

Elle goûte légèrement : un toast beurré, ou un gâteau sec et une tasse de thé, ou, si elle a goûté plus tôt, elle prend quelque chose, n'importe quoi, dit-elle, un fruit, un gâteau, au moment de sortir, avant d'aller dîner.

OBSERVATION VII

M. J. Gué..., 46 ans, nov. — 1933. Antécédents de coliques hépatiques (5 crises en 8 ans, suivies deux fois de jaunisse). L'examen radiologique, pratiqué il y a un an, a montré des calculs vésiculaires, et un examen nouveau le confirme. Depuis la dernière crise (janvier 1933), se plaint uniquement de troubles dyspeptiques, qui consistent, soit en un syndrome tardif, crampes et tiraillements gastriques au milieu de l'après-midi ou de la nuit, apparaissant de façon capricieuse, sans rythme régulier, soit en un syndrome immédiat, somnolence et distension gastrique post-prandiale, les deux syndromes évoluant indépendamment l'un

de l'autre, simultanément ou non. La somnolence et les sensations de ballonnement disparaissent sous l'influence d'un traitement bromure-ésérine. La persistance des autres symptômes et l'apparition des crises répétées de coliques hépatiques nécessitent une cholecystectomie (fév. 1934).

OBSERVATION VIII

Mme P. Rol..., 59 ans. Troubles dyspeptiques d'apparition récente ; depuis six mois, pesanteurs digestives et nausées ; quelques vomissements alimentaires, à la fin de l'après-midi, amaigrissement de 5 à 6 kilos. Outre ce syndrome tardif, présente un syndrome immédiat, sous forme de distension gastrique intolérable apparaissant dès le début du repas et l'obligeant à arrêter celui-ci, de somnolence et de rougeur de la face.

A l'examen physique, tuméfaction dure et bosselée de la région épigastrique ; à l'examen radiologique, large encoche irrégulière, à bords flous, de la portion prépylorique de la grande courbure. Méoplasme gastrique. La prescription de bromure-ésérine fait disparaître le syndrome immédiat.

OBSERVATION IX

Mme C. Pie..., 54 ans, — 1928. Se plaint d'étouffer après le repas. A l'analyse, cet étouffement consiste en un besoin de se desserrer (Mme P. est une femme obèse, portant un corset haut et serré), car si elle ne se desserre pas, elle

éprouve une véritable angoisse respiratoire, une sensation de manque d'air, un besoin de faire des inspirations très profondes. Dans certains cas, le malaise s'accompagne d'une tendance marquée au sommeil.

Examen radiologique : petit estomac hypertomique, en corne, avec poche à air de petite dimension, mais très lumineuse, duodénum d'aspect normal.

La malade a remarqué que l'ingestion de pomme de terre frites détermine une somnolence invincible à laquelle elle ne peut résister sans une véritable torture. On lui conseille de manger une ou deux pommes de terre frites une demi-heure avant de se mettre à table, et lorsqu'elle le fait, les troubles, angoisse respiratoire et somnolence, sont considérablement diminués, sans être complètement supprimés. Par contre, par l'association d'un régime d'exclusion (exclusion de graisses cuites et frites surtout) et d'un traitement bromure-ésérine supprime entièrement les malaises.

OBSERVATION X

Mme J. Val..., 33 ans, blanchisseuse. Aucun antécédent digestif jusqu'en 1929. Consulté en mai 1932. Depuis 3 ans, par périodes durant quelques jours ou quelques semaines, souffre de troubles, qui, actuellement, ne l'ont pas quitté depuis deux mois. Il s'agit d'un malaise qui apparaît aussitôt après le repas de midi, lorsqu'elle se met au travail : sensation de somnolence et de torpeur, et rougeur intense de la face. Pas d'éructations. Gros appétit. Boit quatre à six tasses de café par jour et au moins un litre de vin ou de

bière. En dehors d'une nervosité extrême, pas de signes évidents d'éthylisme. Attribue ces troubles, à la chaleur du fourneau près duquel elle travaille, mais les ressent cependant avec la même intensité les jours où elle ne travaille pas.

Soumise simplement à un régime large, d'où sont exclus le vin, l'alcool, la bière et le café, est améliorée, mais non guérie. Puis, prescription de Bromure de Na (1 gr. par jour en 3 fois) et d'ésérine. Sédation complète des symptômes dès le troisième jour.

Le traitement est suivi 10 jours. Deux mois après, la guérison est maintenue. Malade revue en juin 1934. Ses troubles ayant repris à deux reprises différentes, à la suite de reprise excessive de vin et de café, la malade même a recommencé le traitement, avec la même efficacité immédiate.

OBSERVATION XI

Mme S. Cur..., 24 ans, — juin 1931. Consulte pour un ballonnement épigastrique très pénible, qui survient dans tous les repas, parfois même après le petit déjeuner. Le ballonnement persiste environ pendant une demi-heure et est si douloureux que le contact même d'une robe légère est pénible. Pas d'éructations. Traitée sans succès pour aéro-phagie, puis pour ptose gastrique. L'examen radioscopique montre un petit estomac hypertonique, sans aérogastrie excessive. Le bismuth, le kaolin, les poudres alcalines, la belladone, les stimulants gastriques, la pepsine se sont montrés inefficaces et souvent ont exagérés les troubles. On a même proposé une intervention chirurgicale.

La malade parle nerveusement, pleure au cours de l'examen, se dit découragé, car chaque repas la torture, de larges taches vaso-motrice apparaissent sur son cou ; ses mains sont légèrement tremblantes ; elle ne boie que de l'eau. Le sommeil est parfait.

L'interrogatoire révèle, que, outre le ballonnement, existe souvent, mais de façon discrète, un peu d'érythrose faciale, mais surtout que le ballonnement s'accompagne d'oppression respiratoire et parfois d'une véritable crise cardiaque, ce symptôme a dominé à un moment d'une façon telle que la malade a consulté un cardiologue, lequel a prescrit de la teinture de crataegus. Certains aliments, que la malade a d'elle-même exclus de ses repas, accroissent d'une façon intolérable l'impression de distension gastrique : Ce sont les pâtes alimentaires, d'une part, et, d'autre part, certains fruits crus : pommes, poires et cerises.

Soumise au traitement bromure ésérine, la malade est immédiatement améliorée et les troubles cessent entièrement lorsque la dose de bromure est portée à 2 grammes par jour.

CONCLUSIONS

Il existe un syndrome clinique, caractérisé par son apparition brusque aussitôt après l'ingestion des aliments, et qu'on peut appeler syndrome immédiat.

Ce syndrome est constitué par : l'érythrose faciale, la distension douloureuse, épigastrique, la somnolence, l'éréthisme cardio-vasculaire et l'oppression thoracique.

Ce syndrome est en rapport avec une crise vaso-motrice et exprime une perturbation du système neuro-végétatif, surtout dans le domaine du sympathique.

Il peut être considéré soit comme l'expression d'une dystonie neuro-végétative, soit comme un phénomène de choc.

Il est justiciable, du point de vue thérapeutique, soit de la peptonothérapie, soit surtout des sédatifs nerveux et plus particulièrement des sédatifs neuro-végétatifs (ésérine).

Vu : *le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse :*
M. LÂBBE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

Imprimerie Spéciale de la Librairie L. RODSTEIN. — Paris
